



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Vrinnevisjukhuset

Klinik

Psykiatri

Specialitet

2025-11-03

Datum

Norrköping

Ort

Marzia Dellepiane och Lars-Håkan Nilsson

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Upptagningsområdet är tillräckligt för en heltäckande klinisk verksamhet. Utöver allmänpsykiatrisk vård innehåller öppenvården även specialiserade team för exempelvis psykosjukdomar och ätstörningar. Beroendevården är sedan 3 år integrerad i vuxenpsykiatri.
- Verksamheten ingår i en regional centrubildning med en övergripande forskningsverksamhet med professur i Linköping. Detta borde ge möjlighet till även forskningsaktiviteter i Norrköping.
- Vårdlokalerna är fräscha och adekvat anpassade.
- Om alla tjänsterna bemannas med heltidsarbetande är bemanningen helt adekvat utifrån upptagningsområdet.

Svagheter

- Genom deltids- och distansarbete är bemanning sårbar vilket märks mest påtagligt i den öppna vården. Det innebär svårigheter att organisera en kontinuerligt god klinisk handledning med tillgång till kliniska instruktörer.
- Det förekommer att öppenvårdsenheterna inte har klart för sig om det är ST-läkare i psykiatri- eller allmänmedicin som ska tjänstgöra där. Det innebär sämre introduktion till tjänstgöringen, svårigheter att planera för ett mångfaldigt patientutbud och därmed äventyras en allsidig tjänstgöring.
- Ingen av studierektorerna har sin kliniska placering i Norrköping vilket nedsätter deras insyn i vårdprocesserna och de ges därmed sämre möjligheter att planera ST-tjänstgöringarna.
- Under inspektionen framkom påtagligt ofta att då det vid verksamheten i Norrköping inte bedrivs någon forskning och eftersom ingen av specialisterna är disputerad så finns kanske sämre möjligheter till vetenskapligt tänkande. Det vore en välgärning om attityden till vetenskapligt arbete ändras efter som allt läkararbete utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Trots goda möjligheter för ST-läkarna att själva handleda och att leda ronder, team mm sker ingen återkoppling.

Förbättringspotential

- Involvera samtliga specialistläkare i klinisk handledningen/instruktionsarbete och stötta dem att växa in i rollen som kliniska förebilder.
- Integrera forskningen i den vardagliga kliniska verksamheten och inspirera till vetenskapligt tänkande. Forskningscentrum måste mer tydligt sätta sin prägel på den kliniska verksamheten. Norrköping har genom campusbildandet fått en roll visavi Universitetet i Linköping och på samma sätt bör Norrköping kunna få en roll vad gäller psykiatrisk forskning. Kanske bör journal-clubs eller liknande även introduceras på specialistläkarnivån.
- Vid planeringen av ST-tjänsten måste den göras mer detaljerad vad gäller den öppna vården. Ledning för öppenvårdsmottagningarna måste förstå vad som gäller beträffande måluppfyllelse för ST-tjänstgöringen.
- Förbättra dialogen mellan huvudhandledare och specialistläkargruppen. Huvudhandledarna har ansvar för själva handledningen, det är därför dom har handledarutbildning. Kliniskt instruktionsarbete åligger samtliga specialistläkare. Det som utöver klinisk handledning måste förbättras är handledning/återkoppling vad gäller ledarskap, utbildningssituationer och kommunikativ kompetens.

STRUKTUR

A Verksamheten

I januari 2020 bildades det ett regioncentrum för psykiatri i Östergötland. Centrumet innefattar Vuxenpsykiatri, BUP, Rättspsykiatri Flyktningsmedicinskt centrum och barnhälsa. Psykitricentrum i Region Östergötland har tidigare haft en stark förankring till psykiatrforskning genom bland annat forskningsenheten CSAN på Linköpings universitet. Psykiatricentrum har sedan i våras avsatt den ansvariga forskningsledaren för centrum vilket gör att Psykiatricentrum nu helt saknar en tydlig struktur och samverkan för vidare forskning (trots att kompetensen finns inom centrum).

Upptagningsområdet för verksamheten i Norrköping är ca 140.000 invånare och utgörs av invånarna i kommunerna Norrköping, Söderköping, Finspång och Valdemarsvik.

År 2022 fusionerades dåvarande beroendekliniken med vuxenpsykiatrin och är nu alltså en gemensam verksamhet. Psykiatriska kliniken i Norrköping består av heldygnsvård och öppenvård. Heldygnsvården är lokaliserad på Vrinnevisjukhuset och består av fyra vårdavdelningar samt en PIVA. Sammanlagt finns det 35 vårdplatser, inklusive en vårdplats för självald inläggning. Avdelningarna har inriktning mot olika diagnosgrupper såsom affektiva tillstånd och psykos/beroende. En av avdelningarna är enbart bemannad av sjuksköterskor dagtid och används för patienter som närmar sig utskrivning.

Öppenvården består av tre mottagningar som ska bli två. Därtill finns en beroendemottagning och en upphandlad mottagning i privat regi. Det finns även vårdval för psykoterapi vilket innebär att en patient kan ha olika öppenvårdskontakter för läkemedelsbehandling respektive psykoterapeutisk behandling. På de vuxenpsykiatriska mottagningarna finns subspecialiserade team för exempelvis ätstörningar, psykossjukdomar och DBT.

Ledningsgruppen för regioncentrum består av en Psykiatrichef som leder centrumet samt verksamhetscheferna på de psykiatrisk kliniker i Norrköping, Linköping, Motala/Mjölby. Chefsöverläkare på respektive verksamheter adjungeras till vissa möte.

Studierektorsfunktionen har ett övergripande ansvar för ST-läkare tillhörande de tre olika psykiatriska verksamheter och är dimensionerad till 40% av en heltidstjänst. Sedan början av 2025 är uppdraget delat på två studierektorer på 20% vardera, där en har huvudansvar för Linköping och den andra för Norrköping och Motala/Mjölby.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- ☒ Det finns skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur verksamhetens specialiseringstjänstgöring ska genomföras.
- ☒ Vårdgivaren tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur bedömning av ST-läkarens kompetens ska göras.
- ☒ Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

Kvalitetsindikator

- ☒ Det finns rutiner som, utöver extern granskning, anger hur kvaliteten i ST-utbildningen kontinuerligt ska utvärderas och säkerställas.

Gradering

- ☒ A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- ☐ B. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- ☐ D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Verksamheten i Norrköping är bemannad med 19 specialistläkartjänster vilket utifrån befolkningsunderlaget synes adekvat. Dock innebär deltid- och distansarbete en sämre täckning.

Verksamhetschefen är chef för ST-läkare samt specialistläkare inom heldygnsvården och enhetschefer för de olika enheterna medan specialister inom öppenvården har enhetschef för respektive mottagning som chef. Det finns även en chefsöverläkare och en medicinskt ansvarig läkare för öppenvården. Det finns fyra ST-läkare och ytterligare en till har nyligen rekryterats. Det finns på kliniken 19 specialistläkare. Tjänstgöringsgraden varierar hos läkarna och två av dem tjänstgör helt eller till stor del på distans.

Tre av specialisterna är huvudhandledare för ST-läkarna. Samtliga har gått handledarutbildning och bedöms ha gedigen erfarenhet och kompetens.

Vad gäller kliniska instruktioner så är detta en uppgift för samtliga specialistläkare men i dagsläget brister detta i öppenvården. ST-läkarna menar att det inte finns möjlighet för dem att få regelbundna kliniska instruktioner från befintlig läkarstab.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

- ☒ Den huvudansvariga handledaren har ett bevis om specialistkompetens i avsedd specialitet.
- ☒ Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- ☒ Övriga handledare är legitimerade läkare med relevant specialistkompetens.
- ☒ Det finns tillgång till specialistkompetent studierektor, som har genomgått handledarutbildning.
- ☒ Det finns tillgång till handledare i en omfattning som motsvarar behovet av handledning.
- ☐ Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

Allmänna råd

- ☒ Studierektor har relevant specialistkompetens.

Kvalitetsindikator

- ☒ Det finns generella skriftliga instruktioner för hur handledningen av ST-läkare ska gå till.
- ☐ Handledarna ges minst en gång per år möjlighet till utbildning/uppdatering/kompetensutveckling inom området.
- ☒ Det finns skriftlig uppdragsbeskrivning för studierektorn.

Gradering

- ☐ A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- ☐ B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- ☒ C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- ☐ D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

C Lokaler och utrustning

De inspekterade lokaler på kliniken är ändamålsenliga och adekvat utrustade. Jourrummet är fräscht.

ST-läkarna saknar dock egen lokal/studierum, men är försedda med bärbara datorer och tjänstemobil.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- ☒ Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.
- ☒ Utrustning för mottagningsverksamhet, möten och behandlingskonferens på distans är adekvat.

Kvalitetsindikator

- ☐ ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.
- ☒ Det finns tillgång till relevanta IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas samt stöd från bibliotek eller FoU-enhet under hela specialiseringstjänstgöringen.

Gradering

- ☐ A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- ☒ B. Socialstyrelsens föreskrifter.
- ☐ D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

PROCESS

D Tjänstgöringens upplägg

ST-läkares tjänstgöring läggs upp tillsammans med studierektor och huvudhandledare i början av ST och kan revideras under tiden. Detta gäller även planeringen av rekommenderade utbildningar.

ST-läkare går en regionövergripande introduktionskurs till ST tillsammans med huvudhandledaren.

Vanligtvis planerar man placeringar inom kliniken det första året och därefter externa randningar. Möjlighet till olika psykoterapikurser ges.

Det har finns en standardiserad mall för utbildningsplanen, men nyligen har det tagits fram mer specialiserad mall för hur den ska utformas mer individuellt. Den har dock inte implementerats ännu.

Introduktion till tjänstgöringen inom den slutna vården är god, men den brister på de olika öppenvårdsenheterna. Bland annat verkar tjänstgöringen inte tydligt vara inriktad på hur målbeskrivningarna för ST i psykiatri ska uppfyllas.

Ofta hänvisar verksamhetsledningen till att skriftliga rutiner finns men det är uppenbart att implementeringen av dessa är synnerligen ojämn.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:



Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.



Jourtjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen.



Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjlighet att uppnå målen i målbeskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Föreskrift

- ☒ Verksamhetschefen på det tjänstgöringsställe där en ST-läkare genomför sin huvudsakliga tjänstgöring har det övergripande ansvaret för ST-läkarens ST-utbildning.
- ☒ Den ansvariga verksamhetschefen ansvarar för att det för varje ST-läkare tas fram ett individuellt utbildningsprogram och att det för varje ST-läkare utses en huvudansvarig handledare.
- ☐ Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.
- ☒ Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.
- ☒ Studierektorn samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildningsaktiviteter.

Allmänna råd

- ☒ Studierektorn är en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- ☒ I studierektorns arbetsuppgifter ingår att ansvara för att utarbeta introduktionsprogram för ST-läkarna.
- ☒ Studierektorn tar del av kompetensbedömningarna.

Kvalitetsindikator

- ☒ Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- ☒ Leg läkare som arbetar vid enheten med sikte på ST och som avslutat sin BT och/eller BT-läkare som påbörjat sin ST med BT vid enheten har tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning i enlighet med ST.

Gradering

- ☐ A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- ☐ B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- ☒ C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- ☐ D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

E Handledning och kompetensbedömning

ST-läkarna har schemalagda handledningstillfälle med huvudhandledare.

Vad gäller kliniska instruktioner bedöms de fungera inom heldygnsvården men brister inom öppenvården. ST-läkaren tilldelas inte en specifik klinisk instruktör på respektive enhet och det har inte uttalats ett tydligt ansvar för samtliga specialistläkareden att de har ett kliniskt instruktionsansvar.

ST-läkaren har huvudansvar för att bedömningsmoment med klinisk handledare sker, liksom för inklusive insamling av relevanta bedömningsinstrument görs. En stor del av kompetensutveckling verkar ske genom Specialistkollegium som genomförs två gånger om året. Det är något oklart i vilken utsträckning ST-läkare samlar bedömningar hos kliniska instruktörer.

Återkoppling efter specialistkollegium sker genom huvudhandledare,

Föreskrift

- ☒ Varje ST-läkare ges kontinuerligt handledning i form av stöd och vägledning med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet.
- ☒ Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST-läkare.
- ☒ Varje ST-läkare har tillgång till en handledare för varje del av tjänstgöringen.
- ☒ Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.
- ☒ Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- ☒ Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)

Allmänna råd

- ☐ ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner, samt återkoppling från de som har gett instruktionerna.
- ☒ Handledningen är inplanerad i den ordinarie tjänstgöringen för huvudansvarig handledare och ST-läkare.
- ☒ Den huvudansvariga handledaren tjänstgör vid det tjänstgöringsställe där ST-läkaren genomför sin huvudsakliga specialiseringstjänstgöring. Om så inte är fallet ska vårdgivaren på något annat sätt säkerställa att huvudhandledaren är tillgänglig för handledning och även i övrigt har förutsättningar att utföra sitt uppdrag.
- ☒ Varje handledare har genomgått handledarutbildning som tillgodoser kraven enligt föreskriften.
- ☒ Om det finns en risk för att en ST-läkare inte kommer att uppfylla kompetenskraven bör det leda till en åtgärdsplan. En åtgärdsplan bör omfatta justeringar i det individuella utbildningsprogrammet, förändringar i vårdgivarens utbildningsinsatser eller tydligare krav på ST-läkarens insatser.
- ☒ Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- ☒ Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

Kvalitetsindikator

- ☒ ST-läkarnas sidoutbildning följs upp.

Gradering

- ☐ A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- ☐ B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- ☒ C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- ☐ D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

F Teoretisk utbildning

ST-läkarna har tillgång till såväl interna som externa utbildningar inkluderande de MeTIS kurser som ges i regionen.

Det har möjlighet att välja mellan olika grundläggande psykoterapiutbildningar. Det finns rekommendationer om vilka/hur många kurser man ska gå per termin beroende på hur långt i sin ST man har kommit.

ST-läkare har tillgång till e-biblioteket och de har möjlighet att köpa in litteratur som betalas av verksamheten men som måste lämnas till verksamhetsbibliotek. Denna information verkar dock inte utspridd.

Det finns inga generella rekommendationer om deltagande i nationella och internationella konferenser men det generella intrycket är att kliniken har en välvillig attityd till sådana utbildningsinsatser.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- ☒ Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen och individuella utbildningsprogrammet.
- ☒ ST-läkarna genomgår den utbildning som planerats i enlighet med målbeskrivningen och det individuella utbildningsprogrammet.

Allmänna råd

- ☒ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade interna utbildningsaktiviteter.
- ☒ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade externa utbildningsaktiviteter.
- ☒ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerad tid för självstudier.

Kvalitetsindikator

- ☒ Den teoretiska interna utbildningen är systematiskt uppbyggd med koppling till Socialstyrelsens delmål.

Gradering

- ☒ A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- ☐ B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- ☐ C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- ☐ D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

G Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Möjlighet till vetenskapligt arbete ges genom det regionala forskningscentrum men hur detta ska fungera framledes med de oklarheter som finns över centrals organisation är inte uppenbart.

Det borde vara tydligt för samtliga verksamheter att Psykiatricentrums forskningskompetens står till förfogande för alla verksamhetsområden och inte bara verksamheten i Linköping.

Norrköping har ingen disputerad läkare som kan leda forskningsaktiviteter på kliniken. Detta tar sig också uttryck i bristen i hur ST-läkarnas vetenskapliga synsätt i det vardagsarbetet ska bedömas. Att allt läkararbete utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet måste tydligare poängteras.

Vetenskapliga arbeten presenteras i regel vid olika fora inom läkargruppen. Kvalitetsarbete planeras i samråd med studierektor, alternativt huvudhandledare alternativt och görs vanligen efter ST-läkarens egna initiativ.

Verksamhetsledningen är medveten om att utbildning om patientsäkerhetsarbetet bör genomföras och detta planeras framgent men saknas i nuläget.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

- ☐ ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.
- ☐ ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.
- ☒ ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.
- ☒ Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- ☒ Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- ☒ Det finns goda förutsättningar för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.

Allmänna råd

- ☐ ST-läkaren ges möjlighet till utbildning inom patientsäkerhetsarbete och systematiskt kvalitetsarbete.

Kvalitetsindikatorer

- ☐ Under det senaste året har av ST-läkare genomförda arbeten publicerats och/eller presenterats (av ST-läkaren) vid vetenskapliga/professionella sammankomster.
- ☐ Det finns tillgång till ett välfungerande doktorandprogram.
- ☒ Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.

Gradering

- ☐ A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- ☐ B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- ☒ C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- ☐ D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarnas går ledarskapskurs enligt målbeskrivning.

De finns goda förutsättningar att kontinuerligt utveckla ST-läkarnas ledarskapskompetens. Exempelvis leder ST-läkarna både ronder och behandlingskonferenser men insatserna bedöms eller återkopplas inte kontinuerligt. På samma sätt handleder AT-läkare och studenter, men ej heller avseende detta sker handledning och återkoppling. Den kommunikativa kompetensen i patientarbetet bedöms genom filmning under den grundläggande psykioterapi utbildningen, men den skriftliga kommunikativa kompetensen i hur man uttrycker sig i olika typer av intyg eller liknande bedöms eller återkopplas inte heller systematiskt.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

- ☒ ST-läkaren ges förutsättningar att kontinuerligt utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ☐ ST-läkaren bedöms kontinuerligt i medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete och återkoppling sker.
- ☒ ST-läkaren genomgår utbildning i hälso- och sjukvårdens förutsättningar i enlighet med målbeskrivning.
- ☒ ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ☐ ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att planera och genomföra undervisning.
- ☐ ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att handleda medarbetare och studenter.
- ☐ ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

Allmänna råd

- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att delta i reflektion i grupp i enlighet med målbeskrivningen.

Kvalitetsindikatorer

☐

Det finns möjlighet att auskultera hos chefer och ledare inom organisationen.

Gradering

☐

A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.

☐

B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.

☒

C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.

☐

D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

HANDLINGSPLAN

Vrinnevisjukhuset - Psykiatri

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med följande handlingsplan.

B. Medarbetarstab och interna kompetenser

Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

Planerad åtgärd

För att förbättra fortbildningen av handledare kommer vi 2 ggr/termin ha fortbildning i samband med läkarmötet som ST-studierektorn håller i vad gäller handledning och utbildningsfrågor relaterat till ST. Verksamhetschef kommer se över så att flertalet specialister har uppdaterade handledningsutbildningar. Vidare framkommit brister i kliniska instruktioner - Verksamhetschef kommer se till att detta ska förbättras i samband med flytt till nya lokaler där fler specialister kommer vara på plats samtidigt . Verksamhetschef kommer tillse att tillräcklig tid avsätts för samtliga randande läkare. Verksamheten kommer tillse att ST-läkare randande i öppenvård kommer tillses att man får en utsedd klinisk handledare. Avsatt tid /inbokad tid med klinisk handledare i introduktionen redan första dagen så att man stämmer av kring mål för placeringen och får en god introduktion.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Arbetet påbörjas under våren 2026

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef, vårdenhetschefer i öppenvård, ST studierektor

Datum för uppföljning

2026-04-28

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

D. Tjänstgöringens upplägg

Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.

Planerad åtgärd

Alla ST-läkare har en utbildningsplan som uppdateras och revideras minst en gång per år och utgår ifrån målbeskrivningen. Detta finns på plats och vi jobbar även med förbättringsarbete kring detta. Insatser görs mot samtliga handledare och ST-läkare med utbildningsinsatser för att tydligare använda sig av målbeskrivningarna vid placeringar. Vi kommer se över vilka områden som ST-läkare nu upplever brister i öppenvård tillsammans med vårdenhetschefer och medicinskt ansvariga läkare för öppenvården. En separat handlingsplan kring detta upprättas.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Våren 2026

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef, vårdenhetschef i öppenvård,

Datum för uppföljning

Hösten 2026

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.

Planerad åtgärd

- I fortbildningen för handledare kommer vi utbilda/diskutera hur vi kan höja dom kliniska diskussionerna så att det kan integreras i den kliniska vardagen - Journal club schemalagt på läkarmötet samt utse ansvarig för läkarmötena som ansvarar för vidareutbildningar. - Bjuda in den nya forskningschefen för psykiatricentrum för att göra en strategi kring forskning och vidareutbildning för kliniken

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Våren 2026

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef

Datum för uppföljning

Hösten 2026

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.

Planerad åtgärd

- Ny forskningschef har blivit utsedd för Psykiatricentrum, det finns ett pågående arbete på centrumnivå att stärka arbetet kring forskning och vetenskap på alla nivåer vilket verksamhetschef kommer följa upp och ansvara för.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Våren 2026

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef

Datum för uppföljning

Hösten 2026

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren bedöms kontinuerligt i medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete och återkoppling sker.

Planerad åtgärd

- Vidare utbildning/diskussion kommer föras i handledargruppen där vi kommer stärka arbetet med återkoppling i den kliniska vardagen som rör kommunikativ kompetens och ledarskap

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Våren 2026

Ansvarig för genomförandet

ST studierektor

Datum för uppföljning

Hösten 2026

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Planerad åtgärd

- Vidare utbildning/diskussion kommer föras i handledargruppen där vi kommer stärka arbetet med återkoppling i den kliniska vardagen som rör kommunikativ kompetens och ledarskap

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Våren 2026

Ansvarig för genomförandet

ST studierektor

Datum för uppföljning

Hösten 2026

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

Planerad åtgärd

- Vidare utbildning/diskussion kommer föras i handledargruppen där vi kommer stärka arbetet med återkoppling i den kliniska vardagen som rör undervisning och handledning

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Våren 2026

Ansvarig för genomförandet

ST studierektor

Datum för uppföljning

Hösten 2026

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

Planerad åtgärd

- Vidare utbildning/diskussion kommer föras i handledargruppen där vi kommer stärka arbetet med återkoppling i den kliniska vardagen som rör undervisning och handledning

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Våren 2026

Ansvarig för genomförandet

ST studierektor

Datum för uppföljning

Hösten 2026

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef